

Solicitud de Servicios de Sustento de Menores

Solo como referencia



¡Bienvenidos!

El Programa de Sustento de Menores de Nueva York trabaja con las personas con nexo parental con el menor y los tutores legales, con el objetivo de fortalecer las familias y brindarles a los niños el apoyo financiero y médico que ellos necesitan.

Pasos para iniciar el proceso de solicitud:

1. Revise la **Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores**, página 1 a 4, y guarde este documento para sus archivos.
2. Llene y firme **Parte A – Solicitud** (página A-1 a A-4).
Usted debe firmar la Solicitud para recibir los Servicios de Sustento de Menores.
3. Llene **Parte B - Información del Menor** (página B-1 a B-2) por cada niño (hasta dos niños) con la Otra Parte mencionada en esta solicitud.
4. Si usted tiene más de dos (2) niños con la Otra Parte mencionada en esta solicitud, solicite y llene el formulario separado **Información Adicional del Menor (LDSS-5143B)** por cada niño adicional o haga fotocopia de **la página B-1 de la Parte B**.
5. Revise **Parte C - Documentación de Respaldo** (página C-1) y someta copias de todos los documentos relevantes con su solicitud.

Solo como referencia

Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores

Sírvase leer y guardar para sus archivos las páginas 1 a 4.

Definiciones

Menor – un individuo menor de 21 años de edad para el cual se solicita sustento.

Persona con Nexo Parental Custodia – es la persona con nexo parental con el menor que tiene la responsabilidad principal del cuidado y la custodia del menor. En casos de custodia compartida de manera equitativa, esta es la persona que habilita para recibir sustento de menores.

Tutor Legal – un cuidador no parental que tiene la custodia física de al menos un menor de 21 años. Si el menor vive con el tutor legal de manera cotidiana, el tutor legal tiene la custodia física del menor.

Persona con Nexo Parental no Custodia – la persona con nexo parental con la obligación de pagar sustento de menores por orden judicial.

Persona con Nexo Parental Presunto – la persona que podría tener vínculos genéticos con el niño / la niña pero que aún no se ha declarado legalmente como tal.

Persona con Nexo Parental Potencial – un individuo que tiene la intención de establecer un vínculo legal como una de las personas con un nexo parental con el niño / la niña fruto de un procedimiento de reproducción asistida.

Requisitos

En el Estado de Nueva York, ambas personas con nexos parentales son responsables por el sustento del menor hasta que el menor cumpla los 21 años. Toda **persona con nexo parental o tutor legal** de por lo menos un menor de 21 años, puede solicitar servicios de sustento de menores. Un **niño** menor de 21 años o una **persona con nexo parental no custodia, una persona con nexo parental supuesto o persona con nexo parental potencial** pueden también solicitar los servicios de sustento de menores.

Salvaguarda de la Confidencialidad

El Programa de Sustento de Menores está obligado a salvaguardar la privacidad, integridad, el acceso y uso de su información personal (esto incluye la recopilación de datos almacenados en el sistema informático del Programa de Sustento de Menores). Nosotros compartimos su dirección y otra información de identidad con otras agencias estatales y federales, solo para propósitos del sustento de menores o como lo autorice la ley. **La información solamente puede ser revelada a las personas autorizadas para causas que la ley requiera.**

Uso de Números de Seguro Social: Título IV-D de la Ley del Seguro Social exige que los números de Seguro Social pueden ser utilizados únicamente para localizar a las personas con el nexo parental, para establecer paternidad o filiación, establecer, modificar y hacer cumplir una orden de sustento; la administración de ciertos programas de subsidios públicos; o según lo autorice la ley. Además, los números de Seguro Social estarán sujetos a verificación por intermedio de la Administración del Seguro Social.

Cuestiones sobre Seguridad

Asegúrese de leer y contestar las preguntas de Inquietudes sobre la Seguridad, en la página A-1 de la Parte A - Solicitud.

Si usted marca que Sí en la pregunta, su oficina local del Programa de Sustento de Menores hablará con usted sobre sus inquietudes y le ayudará a registrar en el Tribunal, una Declaración Jurada de Domicilio Confidencial. También podemos ayudar a evitar que su domicilio aparezca en documentos que enviemos al tribunal. Prohibiremos la revelación de información sobre localización, **a solicitud suya;** o si nos enteramos de que usted:

- Reside en un albergue para víctimas de violencia intrafamiliar;
- Tiene una orden de protección que involucra a la Otra Parte;
- Tiene una remisión de violencia intrafamiliar u otra declaración por escrito de un proveedor de servicios públicos o privados; o
- Un tribunal ha determinado que el ponerse en contacto con la Otra Parte conlleva un riesgo de daño físico o emocional para usted o para el menor.

Servicios

El Programa de Sustento de Menores le prestará los servicios de sustento, según corresponda a su caso, de acuerdo con lo estipulado en la ley federal, la ley del Estado de Nueva York, reglamentos y políticas. Con su ayuda y cooperación, se le prestan los servicios mientras existen pagos pendientes y adeudados de sustento de menores. Se ofrecen los siguientes servicios, según sea apropiado:

- **Localización** de la Otra Parte, incluidos la obtención de información sobre direcciones, empleo, otras fuentes de ingresos y bienes y cobertura de seguro de salud;
- **Establecimiento de Filiación** para un menor por medio del proceso de reconocimiento voluntario o por medio de un proceso judicial;
- **Establecimiento y/o Modificación** de una orden de sustento, incluyendo el establecimiento de la cobertura de un plan de seguro médico o apoyo médico con dinero en efectivo, si está disponible, de cualquiera de las personas con el nexo parental;
- **Cobro y Distribución** de pagos de sustento de menores o la combinación de sustento de menores y manutención conyugal pagaderos a la Unidad de Cobros de Sustento de Menores, incluidos gastos educativos, gastos de cuidado de niños y apoyo de dinero en efectivo para gastos médicos;
- **Ejecución de Obligaciones de Sustento** por medio de la retención de ingresos salariales, subsidios u otros ingresos; retención de reembolsos tributarios federales y estatales; embargo de bienes y premios de lotería; reporte a las agencias de crédito; suspensión de la licencia de conducir del Estado de Nueva York de la persona con nexos parentales no custodia; y remisión al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York para acciones de cobranza. Las prestaciones de seguro médico ordenadas por orden judicial también son enforzadas por el Programa de Sustento de Menores;
- Presentación y procesamiento de **Peticiones de Violación de Ordenes**; y
- Ayuda con el pago de una **orden vigente de sustento** por medio de la Unidad de Cobros de Pagos de Sustento.

Todos los servicios anteriormente enumerados también se les brindan a las personas con nexo parental que viven en otros condados, estados y en algunos países.

Se puede cerrar su caso de sustento de menores por motivos tales como, sin carácter limitativo:

- No se puede establecer la filiación;
- La Otra Parte no puede ser localizada después de llevar a cabo esfuerzos diligentes, o está encarcelada sin la posibilidad de libertad bajo palabra o está permanentemente discapacitada sin la posibilidad de poder pagar sustento, o está internada;
- El beneficiario de servicios no coopera o no proporciona información esencial para el siguiente paso en la prestación de servicios;
- El beneficiario de servicios hace una solicitud por escrito o verbal para cerrar el caso; o
- El Programa de Sustento de Menores no puede ponerse en contacto con el beneficiario de servicios.

Establecimiento del Reconocimiento de Filiación

El establecimiento de filiación es el proceso que tiene como fin determinar quiénes son las personas legalmente con el nexo parental con el menor. Ser legalmente la persona con el nexo parental quiere decir que usted tiene derechos y deberes parentales sobre el menor, tales como el derecho de establecer la custodia y los derechos de visita como también la responsabilidad del cuidado y la manutención del menor, incluidos los apoyos financieros y médicos. Una persona con nexos parentales supuestos o potenciales no tiene ningún derecho o responsabilidad sobre el niño hasta que se establece la filiación.

En el Estado de Nueva York, la filiación se puede establecer de las siguientes maneras:

- Por medio del proceso de reconocimiento voluntario.
- Por medio de la presentación de una petición ante el tribunal en lo familiar solicitando se determine la paternidad y se emita un Orden de Filiación; o registrando una petición ante el tribunal solicitando se determine la filiación y se ordene un Fallo de Filiación.
- Por medio de un acuerdo de subrogación o un expediente que muestre el consentimiento de las personas con el nexo parental a una reproducción asistida.

Obligaciones de Sustento de Menores

La obligación básica de sustento de menores incluye una obligación en base a un porcentaje, una disposición sobre cobertura de seguro médico y/o ayuda con dinero en efectivo para los pagos de gastos médicos, gastos educativos del menor, si así lo determina el Tribunal (Family Court Act § 413 y Domestic Relations Law § 240).

Porcentajes de Sustento de Menores

1 menor	17%
2 menores	25%
3 menores	29%
4 menores	31%
5 o más	por lo menos 35%

La pauta de porcentaje se aplica a ingresos parentales combinados de hasta \$154,000. En cuanto a los montos superiores a los \$154,000 (el cual aumentará en 2022 y posteriormente cada dos años según el Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos [CPI-U]), el tribunal determinará si utiliza las pautas de porcentaje. El tribunal puede elegir no usar el índice de porcentajes al establecer la manutención conforme lo autoriza el Acta sobre Cuestiones de Familia § 413(1)(f) y la Ley de Relaciones Domesticas § 240(1-b)(f).

Obligación de Sustento con Relación a Bajos Ingresos: Si se determina que el ingreso de la persona con nexo parental no custodia está al nivel del índice federal de pobreza o inferior a este para una sola persona, el monto presunto de sustento es de \$25 al mes. Cuando el ingreso está o es inferior a la reserva de sustento propio (135% del índice federal de pobreza), pero superior al índice federal de pobreza, el monto presunto de sustento es de \$50 al mes.

Ajuste por el Costo de Vida (COLA): Una orden habilita para recibir COLA cuando tiene por lo menos dos años y la suma del promedio de los cambios anuales porcentuales en el CPI-U es igual o mayor que diez (10) por ciento, desde que se expidió la orden o la última vez que se modificó o ajustó. Su cuenta se revisará cada dos años para determinar si su orden habilita para recibir COLA. Los ajustes a COLA se pueden hacer sin tener que acudir al tribunal. Se envía una notificación a ambas partes cuando una orden habilita para recibir COLA y cualquiera de las partes puede solicitar el ajuste.

Modificación de Órdenes: El Programa de Sustento de Menores puede ayudarle a presentar una petición para modificar la orden de sustento de menores, de ser necesario. Cualquiera de las partes tiene el derecho de solicitar una modificación de la orden de sustento sobre la base de un cambio sustancial en circunstancias o condiciones conforme el Acta sobre Cuestiones de Familia § 451 (2)(b).

Derecho a Recibir Información de Procedimientos Legales: Usted tiene el derecho de ser informado sobre la hora, fecha y lugar de todo procedimiento judicial que lo involucre. Se le proporcionará una copia de toda orden que establezca, modifique, ajuste o haga cumplir una orden de sustento, o cualquier orden de desestimación de la petición.

Distribución de Pagos

Los pagos de sustento se distribuyen de acuerdo con las normas de distribución federales y del Estado de Nueva York.

- **Si la persona con el nexo parental custodia nunca ha recibido Asistencia Temporal**, recibirá todo monto de sustento cobrado y adeudado, con la excepción del Cargo Anual por Servicio y la recuperación de costos de servicios legales, si corresponde.
- **Si la persona con el nexo parental custodia recibió anteriormente Asistencia Temporal**, los cobros de sustento de menores que se reciban primero, se utilizarán para el pago del sustento actual, seguidos por los pagos de sustento atrasados y vencidos a la persona con nexo parental custodia; luego, los pagos de sustento atrasados y vencidos que se le deban al distrito de servicios sociales. Recaudos recibidos del reembolso tributario federal serán utilizados primero para liquidar el sustento atrasado y vencido que se le deba al distrito de servicios sociales; y luego, los pagos de sustento atrasados y vencidos que se le deban a la persona con nexo parental custodia.

Recuperación de Pagos en Exceso

El Programa de Sustento de Menores cobra el sustento de menores en su nombre y se lo envía. En casos excepcionales, un pago en exceso puede ocurrir debido al envío erróneo de un pago (el dinero se le envía a la persona equivocada) o un pago sin fondos (es devuelto impago por el banco del remitente), entre otros factores. Si estas situaciones ocurren:

- Es su responsabilidad devolver o reembolsar esos fondos.
- Nos comunicaremos con usted para acordar el reembolso de la cantidad que se pagó en exceso, bien sea en un pago único o, si lo solicita, reteniendo el veinticinco (25) por ciento de recaudos hasta que el pago en exceso se cancele.

Servicios Legales

Los solicitantes pueden solicitar servicios legales con el fin de establecer filiación o con el fin establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento de menores. Si usted solicita servicios legales, el Programa de Sustento de Menores le informará sobre el costo de dichos servicios, los cuales varían según la oficina del Programa de Sustento de Menores (véase la siguiente sección).

- El abogado asignado a su caso es el representante legal del Comisionado del departamento de servicios sociales del distrito y **no lo representa a usted personalmente.**
- Los casos de custodia o visita, la negociación o redacción de contratos de subrogación y demás temas no relacionados con el sustento de menores **no serán** tratados por el abogado del distrito de servicios sociales.
- Toda información, escrita u oral, que usted le proporcione al abogado o personal del distrito de servicios sociales **probablemente no se mantendrá de manera confidencial** incluyendo datos pertinentes a fraude en prestaciones sociales o abuso infantil.

Recuperación de Costos de Servicios Legales

Los servicios legales se ofrecen a los solicitantes una vez finalizado el *Derecho de Acuerdo de Recuperación de Servicios Legales* (LDSS-4920).

- Los costos de servicios legales serán recuperados del sustento recaudado por el Programa de Sustento de Menores, a una tasa del 25% de su obligación de sustento actual.
- Si usted es la persona con nexo parental no custodia, el costo de servicios legales será recuperado a una tasa del 25% de la obligación de sustento actual o del pago que usted esté obligado a realizar y será agregado a la obligación de sustento que usted paga, hasta que el costo sea reembolsado.
- Todo sustento atrasado o vencido será pagado en su totalidad, antes de que se establezcan los costos de servicios legales.

Cuota Anual de Servicio

Si la persona con nexo parental custodia recibe servicios de sustento de menores y nunca ha recibido asistencia por medio del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en el Estado de Nueva York o en cualquier otro estado y se le paga sustento de menores a la familia, se impondrá un cargo anual de \$35, si se recauda más de \$550 durante el año fiscal (1° de octubre - 30 de septiembre). Si la persona con nexo parental custodia tiene cuentas de sustento de menores con más de una persona con nexo parental no custodia y se ha recaudado en dichas cuentas más de \$550, se impondrá un cargo de \$35 por cada cuenta.

Servicio al Cliente

Usted puede obtener información adicional sobre sustento de menores, así como también información de pagos y de la cuenta, ingresando a childsupport.ny.gov llamando a la **Línea de Servicio de Atención al Cliente de Sustento de Menores del Estado de Nueva York al 888-208-4485 (TTY: 866-875-9975 – Sistema de Transmisión <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers>).** Equipo de video para transmisión (<http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers> Necesita tener un número de identificación personal (PIN) para establecer en línea su cuenta de sustento de menores. Usted recibirá su PIN por correo cuando se establezca su cuenta de sustento de menores.

Se le recomienda revisar periódicamente su cuenta para cerciorarse de que sus pagos han sido recibidos a tiempo y en su totalidad. Usted debe mantener su dirección e información de contacto al día, lo cual puede hacer llamando a la Línea de Servicio de Atención al Cliente de Sustento de Menores o comunicándose con su oficina local del Programa de Sustento de Menores. La información de su oficina local del Programa de Sustento de Menores, incluyendo un enlace de correo electrónico, se puede encontrar en <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

Aviso de No Discriminación

El Estado de Nueva York prohíbe prácticas discriminatorias sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, por religión o ideas políticas. Además, el Estado de Nueva York prohíbe la discriminación sobre la base de identidad de género, condición de transgénero, disforia de género, orientación sexual, estado civil, situación de víctima de violencia intrafamiliar, condiciones relacionadas con el embarazo, características genéticas predisponentes, previos arrestos o condenas, estado familiar y retaliación por oponerse a prácticas discriminatorias ilegales. Si desea información adicional sobre cómo presentar una queja de discriminación, consulte el sitio web: childsupport.ny.gov.

Parte A - Solicitud

Asistencia Especial

1a. ¿Cuál es el idioma principal que usted habla?

Inglés Español বাংলা العربية 中文 Kreyòl Ayisyen 한국어 РУССКИЙ Otro

1b. ¿En qué idioma principal lee?

2. ¿Necesita asistencia con el idioma? Sí No

3. ¿Padece de una discapacidad que no le permite llenar esta Remisión o esperar a ser entrevistado? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de asistencia necesita?

Cuestiones sobre Seguridad

(Consulte la página 2 de la **Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores** si desea información adicional).

¿Cree que su seguridad o la de su menor están en riesgo si solicita Servicios de Sustento de Menores? Sí No

Información del Solicitante

Yo soy (marque uno): La persona con nexos parental custodia Tutor Legal - Parentesco:

La persona con nexos parental no custodia La persona con nexos parental presunto La persona con nexos parental potencial Menor

Si usted es la persona con nexos parental custodia, el tutor legal o el menor, llene una solicitud separada para cada Otra Parte.

Historial de Sustento de Menores

¿Recibe actualmente Servicios de Sustento de Menores? Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde? Condado Estado N.º de Caso

¿Ha recibido anteriormente Servicios de Sustento de Menores? Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde? Condado Estado N.º de Caso

Historial de Asistencia Pública

¿Es usted actualmente una persona que solicita o recibe subsidios de la asistencia pública? Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde? Condado Estado N.º de Caso

En caso afirmativo, DETÉNGASE. Se requiere LDSS-5145 Remisión a Servicios de Sustento de Menores

¿Recibió anteriormente subsidios de asistencia pública bajo el programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde? Condado Estado N.º de Caso

Fecha de la última vez que recibió asistencia (Mes/Día/Año)

Nombre Legal

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo Alias o cualquier otro nombre por el cual a usted se le conoce

N.º de Seguro Social o ITIN

Género

Femenino Masculino No binario/Otro

Fecha de Nacimiento

Origen Racial-Étnico (Opcional)

Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino(a) Blanco, no Hispano
 Americano Autóctono o Nativo(a) de Alaska Nativo(a) de Hawái u otra Isla del Pacífico Otro

Dirección Residencial

A nombre de:

Calle

Piso/Apto. Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal

A nombre de:

Calle

Piso/Apto. Ciudad Estado Código Postal

Información de Contacto

N.º Teléfono de la Casa N.º de Teléfono Celular Otro N.º de Teléfono Dirección de correo electrónico

Preferencia Casa Celular Otro **Mejor hora para llamar** Por la Mañana Por la Tarde

Contacto Secundario

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo Relación
Calle Ciudad Estado Código Postal N.º de teléfono

Estado Civil con respecto a la Otra Parte

¿Estuvo en unión matrimonial alguna vez con la Otra Parte? Sí No Fecha del Matrimonio

Lugar del Matrimonio Ciudad Estado País

Separados Fecha de la Separación Legal Nombre del Tribunal Estado
 Divorciados Fecha de Divorcio Nombre del Tribunal Estado
 Divorcio Pendiente Nombre del Tribunal Estado

Estado Civil con Respecto a Alguien Diferente de la Otra Parte

¿Ha estado en unión matrimonial la persona solicitante con alguien que no sea la Otra Parte del menor indicado en esta solicitud? Sí No
Desde Hasta Nombre de la persona con la que estuvo en unión matrimonial
Desde Hasta Nombre de la persona con la que estuvo en unión matrimonial

Información sobre Cobertura de Atención Médica

¿Ofrece o proporciona prestaciones de seguro de salud el empleador u organización del solicitante? Sí No No se sabe
¿Está inscrita la persona Solicitante? Sí (especifique): Cobertura Individual Cobertura Familiar
 No
 No se sabe

Continúe a la Página A-3

Información de la Otra Parte

La Otra Parte es (marque uno): Persona con nexo parental no custodia Persona con nexo parental presunto Persona con nexo parental potencial Persona con nexo parental custodia Persona tutor legal

Nombre Legal

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo Alias o cualquier otro nombre por el cual a usted se le conoce

N.º de Seguro Social o ITIN**Género**

Femenino Masculino No binario/Otro

Fecha de Nacimiento**Origen Racial-Étnico (Opcional)**

Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino(a) Blanco, no Hispano
 Americano Autóctono o Nativo(a) de Alaska Nativo(a) de Hawái u otra Isla del Pacífico Otro

Idioma Principal

Inglés Español Otro (especifique):

Descripción

Altura Pies Pulgadas Peso Libras Color de ojos Color de cabello

Marcas Cicatrices Tatuajes Describa

Foto Sí No

Información sobre Redes Sociales

Facebook Twitter Instagram

Información de la persona con nexo parental de la Otra Parte

Nombre Domicilio N.º de teléfono Relación

Nombre Domicilio N.º de teléfono Relación

Lugar de Nacimiento Ciudad Estado País

Fecha del Último Contacto

Mes/Día/Año

Relación de la Otra Parte con la persona Solicitante

Cónyuge Ex Cónyuge Persona con nexo parental
 Pareja Ex Pareja Otro

Dirección Residencial

Actual Última Dirección Conocida

A nombre de:

Calle

Piso/Apto. Ciudad Estado Código Postal **Dirección Postal**

A nombre de:

Calle

Piso/Apto. Ciudad Estado Código Postal **Información de Contacto**

N.º Teléfono de la Casa N.º de Teléfono Celular Otro N.º de Teléfono Dirección de correo electrónico

Preferencia Casa Celular Otro

Mejor hora para llamar Por la Mañana Por la Tarde

Empleo

¿Está actualmente la Otra Parte empleada? Sí No No se sabe Fecha del último día de trabajo

¿Trabaja la Otra Parte por cuenta propia? Sí No No se sabe

Nombre del Empleador/Empresa:

Actual Última Dirección Conocida

Dirección del Empleador/Empresa:

Calle Ciudad Estado Código Postal N.º de teléfono

Cargo/Ocupación:

Salario Anual
\$

Subsidio Semanal

¿Recibe la Otra Parte subsidios de Seguro por Desempleo (UIB) del Estado de Nueva York? Sí No No se sabe \$

¿La Otra Parte forma parte de un sindicato u organización? Sí No No se sabe Nombre:

Estado Civil con Respecto a Alguien Diferente al Solicitante¿Está la Otra Parte en unión matrimonial con alguien diferente a la persona Solicitante? Sí NoNombre de la persona con la que estuvo en unión matrimonial Domicilio Dirección de correo electrónico N.º de teléfono **Estado de Encarcelamiento**¿Está la Otra Parte encarcelada? Sí No No se sabeNombre del Centro Penitenciario N.º de Recluso Dirección del Centro Penitenciario Ciudad Estado Código Postal País **Información sobre Cobertura de Atención Médica**¿Ofrece o proporciona prestaciones de seguro médico el empleador u organización de la Otra Parte? Sí No No se sabe¿Está inscrita la Otra Parte? Sí (especifique): Cobertura Individual Cobertura Familiar No No se sabe**Información de Vehículo**Marca Modelo Año Color Propio Arrendado Vehículo de la Empresa Placa Estado **Información Adicional****Solicitud / Afirmación para los Servicios de Sustento de Menores**

Al firmar abajo, yo entiendo y estoy de acuerdo que:

Estoy solicitando Servicios de Sustento de Menores, conforme a la Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, Sección 111-g y según el Título IV-D de la Ley Federal del Seguro Social. Yo por la presente suscribo y afirmo so pena de perjurio, que la información brindada en la presente solicitud y en todos los documentos adjuntos, ha sido examinada por mi y es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Cooperaré con el Programa de Sustento de Menores en su esfuerzo por brindar servicios; y estoy de acuerdo en reportar a mi oficina local del Programa de Sustento de Menores cualquier cambio relacionado con la información que he suministrado.

No aceptaré directamente de la persona con nexo parental no custodia pagos ordenados por el Tribunal o, si se reciben, los enviaré inmediatamente a New York State Child Support Processing Center, P.O. Box 15363, Albany, NY, 12212-5363.

He recibido la **Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores**, la cual incluye información sobre la recuperación de pagos en exceso. Yo entiendo que en casos excepcionales, un pago en exceso puede ocurrir debido al envío erróneo de un pago (el dinero se envía a la persona equivocada) o un pago sin fondos (es devuelto impago por el banco del remitente), entre otros factores. Además, yo entiendo que es mi responsabilidad devolver o reembolsar esos fondos y que ustedes se comunicarán conmigo para solicitar el reembolso. Yo puedo reembolsar el monto del pago en exceso en un pago único o puedo solicitarles que retengan el veinticinco por ciento (25%) de los recaudos hasta que se haya reintegrado el monto del pago en exceso. Dar el consentimiento para que se retenga el 25% de futuros recaudos es optativo.

Yo autorizo al Programa de Sustento de Menores para que envíe correspondencia electrónicamente, cuando esté disponible, por correo electrónico, mensajes de texto u otros métodos disponibles. Con el fin de garantizar confidencialidad, yo entiendo que es mi responsabilidad proporcionar un correo electrónico y un número de teléfono celular seguro, válido y activado, como también es mi responsabilidad notificar a la oficina del Programa de Sustento de Menores si se dan cambios en dichos datos.

 Marque esta casilla si usted **no quiere** recibir correspondencia electrónica. Marque esta casilla si quiere solicitar servicios legales. Se le proporcionará el formulario Derecho de Acuerdo de Recuperación de Servicios Legales (LDSS-4920) para que usted lo llene.Firma del Solicitante Fecha de la Solicitud Nombre en Letra de Molde **Para Uso Exclusivo de la Agencia (For Agency Use Only)**Date Application Received NY Case Identifier Worker Code Reminder: review **Safety Concerns** on page A-1 and evaluate need for FVI.

Parte B – Información del Menor*(por cada menor con la Otra Parte)***Nombre del Menor N.º 01**

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo

SSN/ITIN **Género** Femenino Masculino No binario/Otro **Fecha de Nacimiento** No ha nacido **Fecha Estimada del Parto**

Nombre de la persona con nexo parental

Persona con nexo parental 1 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido
 Persona con nexo parental 2 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Lugar de Nacimiento del Menor

Hospital Ciudad Estado País

Relación de la Otra Parte con el Menor

Persona con nexo parental Pareja de la persona con nexo parental con el menor Persona con nexo parental presunto Persona con nexo parental potencial

Estado Civil de las Personas con Nexo Parental

¿Estaban las personas con nexo parental arriba mencionadas en unión matrimonial al momento del nacimiento del menor o después?

Sí, entre sí Sí, pero no entre sí No No se sabe

Establecimiento del Reconocimiento de Filiación

¿Se estableció el reconocimiento de filiación?

Sí No No se sabe

¿Cómo se estableció el reconocimiento de filiación?

Se estableció ante el Tribunal el Nombre del Tribunal

Reconocimiento de Paternidad/Filiación el Acuerdo de reproducción asistida/subrogación

¿En qué condado, estado y país se estableció la filiación?

Condado Estado País

¿Dónde fue concebido el menor? Estado País

Estado de Jurisdicción

¿Cubrió los gastos prenatales o de sustento del menor la Persona con Nexo Parental Presunto/Potencial? Sí No No se sabe

¿Residía la persona con nexo parental presunto/potencial con el menor en el Estado de Nueva York? Sí No No se sabe

¿Reside el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas de la Persona con Nexo Parental Presunto/Potencial?

Sí No No se sabe

Información sobre la Orden de Sustento

¿Existe una orden de sustento para este menor? Sí No No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden?

¿Se ha ordenado el seguro de salud? Sí No No se sabe

Monto de la Obligación

\$ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Otro

Tribunal que Emitió la Orden

Familia Supremo Otro

Condado Estado País

Información sobre Cobertura de Atención Médica

¿Tiene el menor cobertura de atención médica? Sí No No se sabe

En caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura: Privada – vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico**.

Pública – vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública**.

Prestaciones de Seguro Médico

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

Persona con Nexo Parental Custodia Persona tutor legal Persona con Nexo Parental no Custodia/ Nexo Parental Presunto/ Potencial Pareja de la persona con nexo parental con el menor No se sabe Otro

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud N.º de Póliza N.º de Grupo

Calle Piso/Apto./Suite Ciudad Estado Código Postal

Cobertura de Atención Médica Pública

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

Medicaid Child Health Plus (CHPlus) Contribución mensual del CHPlus: \$

Otro

Parte B – Información del Menor (continúa)**Nombre del Menor N.º 02**

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo

SSN / ITIN **Género** Femenino Masculino No binario/Otro **Fecha de Nacimiento** No ha nacido

Nombre de la persona con nexa parental

Persona con nexa parental 1 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido
 Persona con nexa parental 2 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Lugar de Nacimiento de la Persona Menor de 21 Años

Hospital Ciudad Estado País

Relación de la Otra Parte con el Menor

Persona con nexa parental Pareja de la persona con nexa parental con el menor Persona con nexa parental presunto Persona con nexa parental potencial

Estado Civil de las Personas con Nexa Parental

¿Estaban las personas con nexa parental arriba mencionadas en unión matrimonial al momento del nacimiento del menor o después?

Sí, entre sí Sí, pero no entre sí No No se sabe

Establecimiento del Reconocimiento de Filiación

¿Se estableció el reconocimiento de filiación?

Sí No No se sabe

¿Cómo se estableció el reconocimiento de filiación?

Se estableció ante el Tribunal el Nombre del Tribunal

Reconocimiento de Paternidad/Filiación el Acuerdo de reproducción asistida/subrogación

¿En qué condado, estado y país se estableció la filiación?

Condado Estado País

¿Dónde fue concebido el menor? Estado País

Estado de Jurisdicción

¿Cubrió los gastos prenatales o de sustento del menor la Persona con Nexa Parental Presunto/Potencial? Sí No No se sabe

¿Vivía la Persona con Nexa Parental Presunto/Potencial con el menor en el Estado de Nueva York? Sí No No se sabe

¿Reside el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas de la Persona con Nexa Parental Presunto/Potencial?

Sí No No se sabe

Información sobre la Orden de Sustento

¿Existe una orden de sustento para este menor? Sí No No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden?

¿Se ha ordenado el seguro de salud? Sí No No se sabe

Monto de la Obligación

\$ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Otro

Tribunal que Emitió la Orden

Familia Supremo Otro

Condado Estado País

Información sobre Cobertura de Atención Médica

¿Tiene el menor cobertura de atención médica? Sí No No se sabe

En caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura: Privada – vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico**.

Pública – vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública**.

Prestaciones de Seguro Médico

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

Persona con Nexa Parental Custodia Persona tutor legal Persona con Nexa Parental no Custodia/ Persona con Nexa Parental Presunto/ Potencial Pareja de la persona con nexa parental con el menor No se sabe Otro

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud N.º de Póliza N.º de Grupo

Calle Piso/Apto./Suite Ciudad Estado Código Postal

Cobertura de Atención Médica Pública

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

Medicaid Child Health Plus (CHPlus) Contribución mensual del CHPlus: \$

Otro

Parte C - Documentación de Respaldo

Sírvase proporcionar **copias** de toda la documentación de respaldo disponible a su oficina local del Programa de Sustento de Menores. La documentación de respaldo permite que el Programa de Sustento de Menores pueda proceder con su caso de sustento, incluido el establecimiento de la filiación y el establecimiento, la modificación y la ejecución de su orden de sustento de menores, según sea apropiado. La documentación de respaldo también ayuda al Tribunal a determinar los ingresos de cada persona con nexo parental y el monto de la obligación básica del sustento. **MARQUE** (✓) las casillas que indiquen qué documentos está proporcionando.

Se le recomienda que no envíe documentos originales por correo.

Documentos Generales

- Identificación del solicitante (por ej., licencia de conducir, pasaporte)
- Peticiones de Sustento de Menores Orden(es) de Sustento Certificado de Matrimonio Acuerdo de Separación Decreto de Divorcio
- Orden de Custodia Orden de Protección/Orden de Alejamiento Tarjetas de Seguro Médico
- Resumen de las Descripciones de Prestaciones de Seguro Médico Otro

Documentos de la Persona con Nexo Parental Custodia

- Talón de pago reciente Declaración de impuestos federales más reciente y todos los anexos W-2
- Tarjeta de Seguro Social/Carta del IRS sobre el ITIN Carta(s) de Adjudicación del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario
- Otro

Documentos del Menor (por cada menor)

- Partida de Nacimiento Orden de Establecimiento de Filiación Filiación, Fallo de Filiación) Reconocimiento de Paternidad/Filiación
- Afidávit de Supuesta Paternidad/Filiación Tarjeta de Seguro Social Comprobante de Gastos de Cuidado de Niños Comprobante de Gastos Educativos
- Comprobante de Gastos de Cuidado Médico no Reembolsados Carta(s) de Adjudicación del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario
- Acuerdo de Subsidio para Adopción (*Pago entre las personas adoptivas y el LDSS*) o Acuerdo de Asignación (*Menor internado para efectos de adopción*)
- Acuerdo de Reproducción Asistida/Subrogación Otro

Documentos de la Persona con Nexo Parental no Custodia/Nexo Parental Presunto

- Tarjeta de Seguro Social/Carta del IRS sobre el ITIN Talón de pago reciente Declaración de impuestos federales más reciente y todos los anexos
- W-2 Notificación del Subsidio de Seguro por Desempleo Carta(s) de Adjudicación del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario
- Servicio Militar (DD-214) Datos de encarcelamiento, libertad condicional o libertad bajo palabra
- Notificación de Subsidio de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Comprobante de MA, SNAP o de Estancia en Albergue
- Información sobre licencias profesionales, de negocios, ocupacionales, de recreación o de conducir
- Otro